

13 Livelli di integrazione dei dipartimenti di prevenzione

di Mario Del Vecchio, Anna Prenestini e Valeria Rappini¹

13.1 Introduzione e obiettivi

Alla base dell'istituzione del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) vi è una concezione integrata della tutela della salute che ha portato a riunire in una unica organizzazione pubblica – le ASL – tutte le funzioni e i servizi sanitari. Nonostante i cambiamenti intervenuti in più di tre decenni, il «modello integrato» – nella catena orizzontale prevenzione-diagnosi-cura-riabilitazione e in quella verticale individuo-ambiente – è ancora alla base dell'assetto istituzionale e organizzativo delle aziende del nostro SSN.

Non sembra, tuttavia, che all'integrazione prevista dal modello istituzionale abbia, in generale, corrisposto un livello accettabile di integrazione funzionale, al punto che la situazione prevalente all'interno delle stesse aziende sembra meglio descrivibile in termini di giustapposizione tra due aree, attraversate da dinamiche differenti. La prima è quella dei servizi a domanda individuale, sulla quale si concentrano le pressioni dell'ambiente (richiesta di servizi) e le attenzioni del management. La seconda, largamente rappresentata dai Dipartimenti di Prevenzione (DP), è quella dei servizi a domanda collettiva dove l'intrecciarsi di previsioni normative, la pre-definizione su base tecnica delle sequenze operative, la debolezza delle pressioni ambientali producono minori (diversi, più istituzionali) stimoli e una restrizione significativa degli spazi/interesse per l'azione manageriale. Se la prima area è sempre oggetto di studi e disamine molto approfondite, la seconda area è stata, invece, meno considerata dagli studiosi di management.

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, a Mario Del Vecchio sono da attribuire i paragrafi 13.1 e 13.5, ad Anna Prenestini i paragrafi 13.3.2.2, 13.3.2.3, 13.3.3 e 13.4, a Valeria Rappini i restanti. Gli autori ringraziano, per il prezioso contributo al reperimento delle informazioni utili per ricostruire i casi e la discussione: Massimo Annicchiarico, Marilina Colombo, Michele Conversano, Giuseppe Fattori, Laura Figorilli, Fausto Francia, Mario Rosario Frega, Daniele Gamberale, Adriana Giannini, Ottavio Narracci, Flavia Pirola, Maria Claudia Proietti, Francesco Ripa di Meana, Angelo Toni.

Questo contributo vuole porre l'attenzione sul DP e, in particolare, sui livelli di integrazione del dipartimento al suo interno (tra aree medica e veterinaria, così come tra diverse aree), con gli altri servizi aziendali (tecnosttrutture, ospedali, territorio) e con la direzione strategica aziendale, con gli istituti e i soggetti esterni all'azienda. La ricerca ha come scopo quello di effettuare una prima verifica dell'effettiva sussistenza di un «modello integrato» all'interno delle ASL per ciò che concerne l'area dei servizi a domanda individuale e quella dei servizi a domanda collettiva. L'ipotesi di fondo è che la natura delle sfide che il SSN deve affrontare e la divaricazione crescente nelle condizioni di funzionamento dell'area dei servizi individuali e quelli collettivi, ponga all'ordine del giorno il tema di un possibile ridisegno istituzionale o organizzativo. I principali obiettivi della ricerca sono, quindi:

- ▶ ricostruire il quadro normativo e istituzionale nel quale operano i dipartimenti di prevenzione nel SSN e nei SSR;
- ▶ fornire una riflessione sui livelli potenziali ed effettivi di integrazione tra il DP e il sistema aziendale nel quale è inserito;
- ▶ identificare, infine, le percezioni degli attori rilevanti del DP rispetto al mantenimento dell'attuale modello istituzionale e organizzativo del dipartimento o una sua de-integrazione rispetto alle ASL.

Tenendo in considerazione il *framework* teorico proposto dalla letteratura economico-aziendale sugli assetti istituzionali e organizzativi nelle Pubbliche Amministrazioni e Aziende Sanitarie (Borgonovi 2005, Rebora e Meneguzzo 1990), la ricerca ha previsto: l'analisi della letteratura sull'organizzazione dei dipartimenti di *public health*; la ricostruzione del quadro normativo e istituzionale di massima nel quale operano i dipartimenti (piani nazionali e regionali in materia, leggi di riordino, organizzazione e funzionamento dei SSR, ecc.); l'analisi di alcuni casi aziendali attraverso gli atti aziendali, i regolamenti di organizzazione. La ricognizione dei punti di vista dei principali attori e livelli di responsabilità coinvolti (direzioni generali/sanitarie, direzioni del dipartimento di prevenzione, direzioni regionali di settore e altri attori chiave) è stata condotta attraverso interviste semi strutturate.

In particolare, la traccia di intervista utilizzata tocca i seguenti punti: i servizi erogati e le attività gestite dai DP; il ruolo e il contributo delle attività del DP ai finalismi e alla complessiva strategia aziendale; i livelli di integrazione interna; le aree e modalità di collaborazione tra DP e altri servizi sanitari e amministrativi aziendali; la natura dei rapporti con la direzione strategica aziendale; il giudizio degli intervistati rispetto al modello istituzionale e organizzativo attuale del DP.

Con l'intento di garantire la più ampia differenziazione possibile nelle esperienze e punti di vista rappresentati sono state condotte una serie interviste ai

principali attori del DP (direttori del DP, direttori UOC del DP, membri delle direzioni strategiche aziendali) nelle seguenti realtà aziendali:

- ▶ le AUSL di Bologna e Modena in Regione Emilia Romagna;
- ▶ le ASL di Rieti, Roma D e Roma E in Regione Lazio;
- ▶ le ASL di Taranto e Barletta-Andria-Trani in Regione Puglia.

La richiesta di intervista è stata inoltrata, per ciascun caso aziendale, ad un membro della direzione strategica aziendale e al direttore di DP; in alcuni casi, tuttavia, non si è avuto riscontro dall'uno o dall'altro attore, perciò le informazioni dei casi sono state ricostruite attraverso le percezioni di un unico intervistato. In aggiunta sono state effettuate alcune interviste a esponenti della Società Scientifica di riferimento (SITI – Società Italiana di Igiene e Sanità Pubblica) e al Presidente di FIASO. Il dettaglio degli intervistati è riportato in apertura ai singoli casi aziendali analizzati.

13.2 La funzione di tutela della salute pubblica nell'assetto istituzionale del SSN

Nel quadro dei diversi sistemi sanitari, la funzione di tutela della salute pubblica (*Public Health*) può essere variamente interpretata e comprendere attività e prestazioni molto diverse, ma la sua essenza fondamentale e il suo orizzonte di riferimento sono relativamente semplici da definire. Come suggerito dal WHO (2011) «Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society». In termini più pragmatici, come indica lo stesso documento, si tratta di un nucleo di attività che coincide sostanzialmente con i servizi a domanda collettiva. Si tratta, per la maggior parte di prestazioni che hanno le caratteristiche dei *public goods* (impossibilità di funzionamento dei meccanismi di mercato) o per le quali non vi è una percezione dell'utilità tale da attivare una domanda individuale (quali, per esempio, sorveglianza sanitaria, prevenzione e promozione della salute, controllo delle malattie infettive, controllo dei fattori di rischio in ambienti di vita e lavoro). A queste attività, sulle quali si sono concretamente costruite e sviluppate le organizzazioni che hanno il compito di assicurare i servizi sanitari pubblici, bisogna aggiungere la responsabilità che la funzione di salute pubblica ha nei confronti della *governance* di sistema (*public health governance* come supporto alle politiche e *advocacy*), cioè nell'affrontare il *complex interplay between the various determinants of health* che affondano le loro radici in molti e diversi settori della vita economica e sociale.

In sintesi, con *Public Health* si intende, da una parte, una tensione che dovrebbe orientare tutti i sistemi verso il raggiungimento di risultati in termini di salute,

invece che di mera produzione di servizi sanitari, e, dall'altra, una funzione che assicura la produzione e l'erogazione di quelle prestazioni a domanda collettiva che tanta parte rappresentano dell'orientamento dei sistemi alla salute.

In linea di principio «the art and science of Public Health» dovrebbe trovare il suo ambiente naturale nella configurazione di un Servizio Sanitario Nazionale *à la Beveridge* come quello italiano. L'idea di un «sistema integrato», posto sotto la diretta responsabilità delle istituzioni pubbliche e finanziato attraverso la tassazione generale, dovrebbe essere particolarmente coerente con l'orientamento alla salute e l'attenzione all'insieme delle condizioni che la influenzano. In effetti, alla base dell'istituzione del nostro SSN vi è una concezione integrata, che ha portato a riunire in un'unica organizzazione pubblica tutti i servizi sanitari e le funzioni attinenti alla *Public Health* (Bassi *et al.*, 2015; Calamo-Specchia, 2015).

In particolare, le funzioni assegnate alle preesistenti USL² erano organizzate in tre diversi servizi (o settori) – Igiene Pubblica, Medicina Preventiva e Igiene del Lavoro e Veterinario – e comprendevano anche le funzioni di controllo ambientale (controlli dei rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale). Con l'istituzione delle ASL, la funzione di prevenzione divenne oggetto di particolare attenzione normativa e tutte le principali competenze inerenti la tutela della salute pubblica – a esclusione di quelle ambientali ora assegnate alle attuali Agenzie (Regionali e Nazionale) di Prevenzione Ambientale (ARPA/ANPA) (Legge n.61/94) – furono attribuite agli attuali «Dipartimenti di prevenzione».

Le indicazioni normative che si sono via via succedute non hanno modificato l'impostazione iniziale; esse contengono, tuttavia, ulteriori affinamenti e alcune peculiarità regionali. In particolare, la cosiddetta Riforma Bindi (D.lgs. 229/1999), pur confermando la competenza regionale nell'istituzione e organizzazione dei dipartimenti, prevede per le funzioni di prevenzione l'attivazione di una struttura organizzativa specifica (il dipartimento di prevenzione) e un modello di riferimento articolato in tre macro aree: igiene e sanità pubblica, tutela della salute in ambienti di lavoro e sanità pubblica veterinaria. Nel prosieguo del processo di «aziendalizzazione e regionalizzazione» del SSN, l'attuazione ha quindi visto l'affermarsi di soluzioni diverse, in relazione alle molteplici sensibilità regionali e locali. Le regioni Sicilia e Lombardia, per esempio, hanno suddiviso il dipartimento in una struttura veterinaria e una medica. La regione Emilia Romagna ha modificato la denominazione in «Dipartimento di Sanità Pubblica».

² Si tratta di: profilassi delle malattie infettive e parassitarie, tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita, tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi all'attività lavorativa nei diversi luoghi di lavoro, sanità pubblica veterinaria, farmaco vigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale e non, sorveglianza e prevenzione nutrizionale, tutela della salute delle attività sportive.

Per quanto riguarda il ruolo del Dipartimento, le disposizioni legislative in materia stabiliscono che esso «garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita».

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) costituisce il documento fondamentale di pianificazione e rappresenta un riferimento vincolante per le politiche e le programmazioni di tutte le Regioni. Nel corso del 2014 il Ministero della Salute ha completato la redazione del nuovo PNP 2014-2018. Questa edizione del PNP, la terza a partire dal 2005, contiene significativi elementi di innovazione rispetto alle precedenti. In particolare:

- ▶ afferma il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo e di sostenibilità del *welfare*;
- ▶ sollecita un approccio di sanità pubblica volto a garantire equità e contrasto alle disuguaglianze, fondato su interventi e attività basati su prove di efficacia (*evidence based prevention*);
- ▶ invita ad accettare la sfida della costo-efficacia degli interventi, dell'innovazione e della *governance* del sistema, in particolare nel perseguire la maggior integrazione possibile;
- ▶ richiede una particolare attenzione all'intersectorialità, cioè all'interazione con settori diversi rispetto a quello socio-sanitario, a tutti i livelli (governo centrale, programmazione regionale, governo locale, erogazione dei servizi);
- ▶ esige una sistematica attenzione al miglioramento della qualità dei servizi e lo sviluppo e utilizzo sistematico di valutazioni quantitative.

Il Piano, in base a criteri di rilevanza sanitaria e sociale, individua dieci macro-obiettivi di salute³. Per ciascun macro obiettivo il Piano delinea le strategie di intervento più efficaci da perseguire e indica i criteri di valutazione. Nel corso del 2015 si completerà il percorso di redazione dei Piani Regionali e della loro validazione dal parte del Ministero. Dal 2016 i Piani Regionali della Prevenzione costituiranno quindi il principale riferimento per l'attività dei Dipartimenti di Prevenzione e per le altre strutture aziendali coinvolte.

³ I dieci macro-obiettivi sono: ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili; prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali; promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani; prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti; prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti; prevenire gli incidenti domestici; prevenire gli infortuni e le malattie professionali; ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute; ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie; rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

13.3 Il Dipartimento nell'organizzazione delle ASL: analisi di casi

13.3.2 Il Dipartimento di salute pubblica nelle ASL della Regione Emilia-Romagna

Nelle ASL della Regione Emilia-Romagna le funzioni di prevenzione e tutela della salute pubblica sono in capo ai Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP). Nella visione del legislatore regionale tali dipartimenti «garantiscono un approccio corale, che coinvolge professionisti diversi per dare risposte unitarie e tempestive ai problemi di salute espressi dai singoli e dalla collettività» e «si integrano con gli altri dipartimenti territoriali e ospedalieri per programmi interdipartimentali» come, per esempio, gli *screening* per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori, il controllo delle malattie infettive, il contrasto degli effetti delle disuguaglianze sulla salute.

Nel quadro generale delle attività e prestazioni previste dai LEA e regolate da norme nazionali e comunitarie, l'attività dei DSP trova i suoi principali riferimenti nelle indicazioni dell'organo di governo regionale e nelle scelte strategiche delle direzioni aziendali. La DGR 2011/2007 (Indirizzi per l'Organizzazione dei Dipartimenti di Cure Primarie, di Salute Mentale, e Dipendenze Patologiche e di Sanità Pubblica) richiama la necessità, per i DSP, di dedicare «rinnovata» attenzione ai temi tradizionalmente oggetto di intervento (sicurezza alimentare, sicurezza in ambienti di vita e di lavoro, le malattie infettive), sia alla luce di problematiche emergenti del territorio, sia delle nuove normative comunitarie, sia, soprattutto, affiancando nuovi temi quali, per esempio, il nesso tra l'abitare e il benessere, la sicurezza stradale, l'impatto dei rischi ambientali sulla salute, i nuovi problemi nell'organizzazione del lavoro (l'anziano e il lavoro). Richiama, inoltre, la necessità di ricorrere a tecniche basate su prove di efficacia, rivalutando e modificando coerentemente i propri processi e attività.

La più recente DGR 200/2013⁴ sottolinea che «vigilanza e controllo devono configurarsi come strumenti dei DSP utili alla tutela della salute della popolazione. In tal senso, vanno esercitati in modo armonico e sinergico con gli altri strumenti dei Servizi di Sanità Pubblica, quali l'assistenza, l'informazione, l'educazione alla salute, la formazione, la sorveglianza epidemiologica, la comunicazione del rischio». Nella prospettiva di questa regione, quindi, «la programmazione dell'attività di vigilanza non può essere azione a sé stante, ma va collocata all'interno della programmazione più generale di sanità pubblica, quale strumento per il raggiungimento degli obiettivi di salute, organizzata in Piani di attività».

⁴ Si tratta della n. 200 del 25 febbraio 2013, approvazione delle «Linee guida regionali per le Aziende USL sulle metodologie di esercizio della funzione di vigilanza/controllo da parte dei Dipartimenti di Sanità Pubblica», in attuazione della DGR 2071/2010).

Nel nuovo PRP (2015-18) la regione riafferma la propria *vision* – «salute in tutte le politiche» – in cui la prevenzione non può che essere «intersettoriale, interistituzionale e interprofessionale». Nel piano operativo, parte integrante del PRP, la regione precisa il nuovo assetto organizzativo e di *governance* con l'intento di consolidare l'esperienza e le competenze acquisite «per incentivare ancor più la trasversalità e l'integrazione delle azioni». Quale soluzione portante della nuova organizzazione individua quattro diversi ambiti di intervento in cui le attività e i progetti dovranno svilupparsi all'interno delle aziende: ambienti di lavoro; comunità (declinata in tre ambiti: «programmi di popolazione», «interventi età-specifici» e «interventi per patologia»); scuola; ambiente sanitario).

Per ogni *setting* sono stati previsti progetti che rispondono in modo ampio e integrato ai diversi obiettivi posti dal PNP con il coinvolgimento di gruppi di lavoro trasversali, composti da operatori di diversi servizi regionali e delle ASL. In apposite schede regionali sono illustrati gli indicatori utilizzati per monitorare l'avanzamento dei progetti individuati e il raggiungimento degli obiettivi prefissati. In analogia con quanto sperimentato con il precedente Piano, per monitorare il percorso del PRP e coordinare a livello regionale l'insieme delle attività, è previsto un «gruppo di monitoraggio» con una composizione rappresentativa dei diversi settori coinvolti nel Piano, in una logica di forte integrazione.

A livello locale, le aziende sanitarie sono quindi chiamate a predisporre un atto di programmazione per il triennio 2016-2018 che indichi il contributo che ogni azienda porterà per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute previsti nel nuovo PRP, «promuovendo sinergie e integrazione tra i servizi territoriali e i servizi e presidi ospedalieri» e «la costruzione di alleanze con enti e associazioni locali».

I DSP assumeranno quindi all'interno delle ASL un ruolo di «*advocacy* e di *stewardship*» che, come previsto dal documento OMS Salute 2020 e dal nuovo PNP, rimanda all'esigenza di «una regia sia delle funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia di *governance* degli interventi di prevenzione non erogati direttamente costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra *stakeholder* (istituzionali e no) che connetta il territorio al governo regionale e nazionale, fornendo dati, evidenze di buone pratiche e sostenendo e facilitando l'incontro e la collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti nella tutela e promozione del benessere e della salute della popolazione».

Pur condividendo una comune impostazione e vocazione di fondo, nei due casi aziendali analizzati – ASL di Bologna e ASL di Modena – emergono alcune specificità locali. Di seguito, dopo una breve presentazione delle aziende, si rappresentano le principali scelte organizzative e logiche di funzionamento.

13.3.1.1 Il DSP nella ASL di Bologna⁵

L'Azienda USL di Bologna è una delle più grandi aziende sanitarie del Paese,

⁵ Questo caso è stato ricostruito attraverso un'intervista al direttore del DSP.

con una popolazione di quasi 900.000 abitanti suddivisa in sei Distretti con funzioni di «committenza e garanzia». Il Dipartimento di Sanità Pubblica costituisce, insieme agli altri dipartimenti di produzione (territoriali e ospedalieri) e tecnico-amministrativi di supporto, la prima linea dell'organizzazione aziendale. Si tratta di un dipartimento di considerevoli dimensioni, con una dotazione di circa 450 dipendenti. Il DSP è organizzato in quattro «aree dipartimentali»: Igiene e Sanità Pubblica (Profilassi Malattie Infettive, Igiene Edilizia e Urbanistica, Igiene Alimenti e Nutrizione, Medicina dello Sport); Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (Impiantistica e Antinfortunistica); Sanità Pubblica Veterinaria (Sanità Animale, Igiene Alimenti di Origine Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche); Analisi, Prevenzione e Promozione della Salute (Promozione della Salute, Epidemiologia Descrittiva, SIRS, Pianificazione e Innovazione, Centro Screening).

All'interno del dipartimento è presente una struttura amministrativa complessa suddivisa in due strutture semplici: la prima di supporto alle aree per gli aspetti economici e di contenzioso e, la seconda, per i flussi documentali e la gestione delle risorse umane. Nel suo insieme, il dipartimento garantisce:

- ▶ attività sanitarie e tecniche, oltre ad attività di vigilanza, per la tutela della salute in ambiente di vita e di lavoro;
- ▶ supporto tecnico agli altri servizi dell'Azienda, agli Enti Locali e agli altri soggetti coinvolti, in particolare alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, nella definizione delle strategie di promozione della salute e nelle valutazioni di natura epidemiologica.

Le attività sanitarie e tecniche di vigilanza e controllo costituiscono il nucleo tradizionale della produzione dipartimentale. Tali attività sono altamente specializzate, organizzate per settori, articolate territorialmente, guidate prevalentemente dalla normativa; gli interlocutori principali sono soggetti e istituzioni esterne all'azienda. Diversamente, le attività di analisi, prevenzione e promozione della salute impegnano trasversalmente tutti i settori del dipartimento con una specifica funzione di *service* a supporto della direzione, di altre componenti dell'azienda e di soggetti istituzionali esterni coinvolti in programmi comuni.

L'interlocutore principale, per la programmazione, la definizione degli obiettivi e l'assegnazione delle risorse, è la direzione aziendale: «gli obiettivi del PRP sono anche gli obiettivi della direzione aziendale – precisa il direttore del dipartimento – considerati con attenzione e integrati nel disegno strategico più complessivo; nelle gestioni dei diversi direttori generali sono cambiati lo stile e i modi della negoziazione, ma l'attenzione all'integrazione ha da sempre caratterizzato questa azienda. Ciò dipende anche dall'orientamento regionale che non ha precluso spazi e margini di adattamento locale, evitando l'applicazione di standard per predeterminare risorse e attività per i DSP. La regione ha inoltre

accettato la nostra proposta di eliminare dalle competenze del DSP una serie di meri adempimenti formali, per esempio le visite agli esercenti di tabaccherie o ai meccanici. Se si escludono gli eventi emergenziali, che comportano picchi di attività difficilmente eliminabili, lo spazio di autonomia decisionale per declinare priorità, adattare la programmazione alle esigenze locali, ricercare e innovare è comunque adeguato». Il direttore del dipartimento rileva, inoltre, poche ingerenze esterne sui contenuti propri del dipartimento.

Per quanto riguarda la dimensione orizzontale dell'organizzazione, sono previste alcune modalità di integrazione ampiamente consolidate: all'interno del dipartimento, le riunioni periodiche dell'ufficio di direzione e quelle più allargate del comitato; a livello aziendale, oltre al coinvolgimento nei tavoli e meccanismi operativi aziendali insieme agli altri dipartimenti, sono attivi i cosiddetti «programmi». Questi ultimi sono stati istituiti nel 2010 con una delibera aziendale che, sulla base delle indicazioni regionali, stabilisce di aggregare, su problemi di salute prioritari o in funzione di macroproblemi, risorse e competenze presenti nell'organizzazione, superando i confini delle unità operative, dei diversi settori del Dipartimento e delle varie discipline⁶. L'esigenza aziendale di «aggregazione», per alcune tematiche, travalica i confini del DSP, per divenire interdipartimentale o aziendale. I programmi identificati (e ancor oggi attivi) sono: screening oncologici; prevenzione delle malattie cronico-degenerative; promozione della salute; grandi opere; sicurezza alimentare; igiene e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro; effetti dell'ambiente sulla salute; sorveglianza e controllo sulle malattie infettive.

I programmi sono tra loro abbastanza eterogenei, sia per storia sia per ampiezza degli ambiti di integrazione. Alcuni, come gli screening oncologici, già nel 2010 rappresentavano esempi consolidati di integrazione tra più dipartimenti e unità organizzative dell'azienda; altri, come la sicurezza alimentare, avevano alla base un percorso di integrazione già in gran parte sviluppato; altri ancora erano da poco avviati al momento della loro identificazione. Alla fine del 2013, con delibera del Direttore Generale sono stati nominati i responsabili dei programmi, affiancati da figure di coordinamento del comparto. Per garantire un'adeguata operatività della formula organizzativa prescelta, la direzione del DSP nel 2014 ha iniziato un percorso con i responsabili dei programmi e i coordinatori al fine di costruire un linguaggio comune, focalizzare strumenti di lavoro innovativi e definire i primi progetti da attuare nel 2015.

Questa modalità di riaggregare e riorientare le attività del Dipartimento – di non facile attuazione in quanto richiede significativi cambiamenti delle tradizio-

⁶ Nello specifico, la delibera aziendale li identifica come «programmi mirati su temi di salute prioritari e trasversali coinvolgenti diverse competenze professionali di più strutture organizzative o Dipartimenti, finalizzati su obiettivi dichiarati e misurabili, articolati a loro volta in obiettivi specifici e azioni di norma su base annuale, individuati ed esplicitati nei processi di programmazione dell'Azienda».

nali prassi di lavoro – costituisce, come precisato nell’ultima Relazione Annuale del DSP (2015), «una innovazione importante e necessaria, coerente con le politiche di integrazione che l’Azienda sta attuando da anni, per esempio nei PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali)». Nella percezione del direttore del DSP, gli aspetti più qualificanti del lavoro per programmi sono rappresentati dall’integrazione di risorse e competenze, l’orientamento all’esito e la sostenibilità nel tempo.

Il nuovo PRP conferma l’attualità di questa soluzione organizzativa, con l’individuazione di precisi *setting* e modalità di gestione per progetti. Il PNP – sostiene inoltre il direttore del DSP – precisa indicatori e standard di riferimento inequivocabili che, rispetto al passato, lasceranno pochi spazi di interpretazione a livello regionale e locale: «necessariamente, per la loro realizzazione, si dovranno aumentare i livelli di coinvolgimento e integrazione». La direzione dipartimentale dell’azienda sta quindi pensando ad alcuni affinamenti dell’attuale modello di integrazione per programmi con l’intento di assicurare figure di riferimento per dare concreta attuazione al piano operativo regionale e al nuovo assetto che si sta delineando (referente aziendale nel tavolo di regia regionale e *project leader* nei diversi gruppi di progetto aziendali). In precedenza, il ruolo di referente aziendale nei rapporti con la regione era ricoperto dalla direzione sanitaria aziendale, con la nuova organizzazione saranno i direttori di DSP ad assumere questo ruolo.

Il Direttore di DSP esprime la necessità di mantenere all’interno delle ASL il Dipartimento, dato che il processo di integrazione sta procedendo con maggiore forza negli ultimi anni. Gli obiettivi di salute collettiva richiedono, infatti, un forte coordinamento con gli altri servizi aziendali. Uno dei maggiori rischi a carico del DSP, in caso di esternalizzazione, potrebbe essere la perdita di quello stimolo culturale, proveniente dall’interazione con altri servizi aziendali, che garantisce maggiore focalizzazione sugli obiettivi di salute e sugli effetti prodotti dalla propria azione. In questo caso, il DSP rischierebbe di dedicarsi unicamente alle funzioni di vigilanza e controllo, che meno patiscono tale eventuale distacco e di interpretare con logiche meramente burocratiche il proprio ruolo.

13.3.1.2 Il DSP nella AUSL di Modena⁷

Nel DSP dell’azienda USL di Modena operano circa 300 persone, tra cui 90 veterinari, 45 medici e 100 tecnici della prevenzione oltre a personale infermieristico e amministrativo. Il DSP è articolato in «Servizi» e unità organizzative di staff alla direzione dipartimentale. A ciascun Servizio è preposto un direttore, titolare di struttura complessa, che ha la responsabilità di assicurare appropriatezza, omogeneità ed efficienza sia delle attività del servizio sia dei suoi processi

⁷ Questo caso è stato ricostruito attraverso un’intervista al Direttore Generale, una al Direttore del DSP (ora dirigente regionale) e una al Direttore del Programma Prevenzione e Promozione Salute.

organizzativi e gestionali, rispondendone alla direzione del dipartimento. I Servizi sono articolati territorialmente e organizzati in «aree disciplinari», nello specifico: il Servizio Igiene Pubblica (SIP) che si articola in due aree disciplinari: profilassi delle malattie infettive e igiene del territorio e dell'ambiente costruito; il Servizio Medicina dello Sport e Promozione dell'Attività Fisica (MSPORT); il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) nel quale è individuata l'area disciplinare «nutrizione»; l'Area dipartimentale Sanità Pubblica Veterinaria (ASPV), in cui sono ricomprese le aree disciplinari di sanità animale, dell'igiene degli alimenti di origine animale (area macelli, sezionamenti e area trasformazione), dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (area igiene zootecnica e area igiene urbana); il Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPSAL), in cui sono individuate le aree disciplinari di sicurezza del lavoro, igiene del lavoro e area sanitaria; il Servizio Sicurezza Impiantistica Antinfortunistica in Ambienti di Vita e di Lavoro (UO-IA); il Servizio Epidemiologia e Comunicazione del Rischio (EPI) che ha l'obiettivo di coordinare e condurre in modo sistematico l'attività di raccolta dati, studio e rielaborazione in supporto al Dipartimento di Sanità Pubblica e all'intera azienda.

Le unità organizzative collocate in staff alla direzione del dipartimento sono:

- ▶ il Servizio Amministrativo a supporto del funzionamento e dello sviluppo dei Servizi del Dipartimento;
- ▶ l'Ufficio Tecnico e Infermieristico che collabora con i Servizi per lo sviluppo di azioni di qualificazione del personale del comparto su metodologie e protocolli operativi con particolare riferimento agli ambiti trasversali;
- ▶ la Comunicazione esterna di Sanità Pubblica che coordina e supporta il Piano della Comunicazione Esterna del Dipartimento e lo sviluppo dei siti internet e intranet dipartimentali.

L'interlocutore principale per la negoziazione delle risorse è la direzione strategica «allargata» (DG, DA e DS). Per la programmazione dell'attività caratteristica del dipartimento è lo stesso direttore del DSP che propone gli obiettivi alla direzione aziendale: «sugli obiettivi specifici esiste una sostanziale autonomia su altre questioni, per esempio la prevenzione delle malattie croniche, l'interlocuzione con l'azienda è maggiore».

L'attività del DSP è di consueto programmata in funzione degli obiettivi istituzionali, dei piani di controllo regionali e nazionali, delle indicazioni e degli obiettivi previsti dal Piano Attuativo Locale (PAL) e dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP), delle priorità di rischio del territorio. Per il direttore del DSP le indicazioni nazionali e regionali sono «stringenti», esiste tuttavia spazio adeguato per declinare gli obiettivi in funzione delle peculiarità del territorio.

Analogamente al caso della AUSL di Bologna, anche nella AUSL di Modena

sono attivi programmi trasversali per le funzioni di prevenzione e più tradizionali del dipartimento. Quelli di valenza trasversale a tutta l'azienda, programma di screening e programma di promozione della salute, tuttavia, non sono coordinati dal DSP. Il primo è posto alle dirette dipendenze del direttore sanitario aziendale e il secondo è identificato quale struttura complessa in staff alla direzione generale.

All'interno del DSP sono identificati, e tuttora attivi, i cosiddetti programmi intradipartimentali. La delibera n. 95 del 8/06/2013 ne identifica tre:

- ▶ sicurezza alimentare, che coinvolge il Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione e l'Area dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria;
- ▶ igiene e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, che coinvolge i Servizi di Igiene pubblica, Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Sicurezza Impiantistica e antinfortunistica in ambienti di vita e di lavoro;
- ▶ effetti dell'ambiente sulla salute, che coinvolge i Servizi di Igiene pubblica, Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Epidemiologia e Comunicazione del Rischio. Condizione fondamentale per la realizzazione del programma è l'elaborazione di percorsi e procedure integrate con ARPA e con le Amministrazioni locali per la condivisione di obiettivi di salute nelle attività in materia urbanistica e in campo ambientale.

I programmi intradipartimentali sono diretti o dallo stesso direttore del dipartimento o, in alternativa, da un responsabile individuato tra i direttori di una delle unità operative complesse, che risponde al direttore del DSP del raggiungimento di obiettivi definiti e misurabili. I programmi non esauriscono comunque gli ambiti di attività integrata tra strutture organizzative del Dipartimento di Sanità Pubblica «che persegue la necessaria integrazione anche con altri strumenti quali l'attivazione di progetti e gruppi di lavoro dedicati nell'ambito della programmazione annuale». Per il coordinamento con soggetti e istituzioni esterne sono inoltre attivi alcuni protocolli.

Le maggiori interconnessioni con altri settori dell'azienda riguardano, nella considerazione del direttore del DSP, l'ambito della comunicazione ai cittadini, in stretta collaborazione con l'ufficio stampa, quello dell'epidemiologia a supporto della programmazione aziendale e, a livello più operativo, la sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, in cui il dipartimento interagisce con gli ospedali, il laboratorio, il pronto soccorso, il dipartimento di cure primarie, i medici di base e pediatri di libera scelta. Negli ultimi anni, secondo la valutazione del direttore del DSP, è in forte sviluppo anche il tema della promozione della salute e di una medicina proattiva che avvierà probabilmente percorsi integrati di educazione e prevenzione anche in collaborazione con le Case della Salute.

Il nuovo direttore generale conferma le potenzialità di una maggiore integrazione soprattutto nell'area della promozione della salute che, in questa fase di rinnova-

ta attenzione, «apre a diverse ipotesi progettuali e linee di intervento». Le altre «anime» del dipartimento hanno diversa natura e, quindi, distinte opportunità e condizioni di integrazione: «il nucleo più tradizionale del DSP, quello della vigilanza e controllo, funziona in maniera sostanzialmente autonoma, con prevalenti rapporti con istituzioni esterne all'azienda e relazioni aziendali verticali limitate ai necessari aggiornamenti/verifiche su attività. Accanto a questo nucleo, ancora dominante, esistono alcuni ambiti di competenze di potenziale interesse per l'azienda». Si tratta sia della possibile contaminazione culturale dell'epidemiologia con la clinica «se l'epidemiologia si allontana dalle logiche più accademiche per contribuire alla costruzione di metriche di valutazione più in linea con le mutate esigenze del contesto», sia dell'esperienza maturata dai DSP attraverso frequenti interazioni con soggetti e istituzioni esterni all'azienda «che possono aiutare le diverse componenti aziendali a creare modalità più efficaci di interazione e comunicazione con gli *stakeholder*».

Infine, rispetto all'ipotesi di esternalizzazione del DSP dalle AUSL, tutti gli intervistati, pur rilevando le molte specificità di questo dipartimento, le diversità e difficoltà di integrazione anche tra funzioni interne allo stesso (particolarmente evidenti nel caso della medicina dello sport e veterinaria), ritengono che tale ipotesi non sia auspicabile. Sottolineano, inoltre, come l'esperienza dello scorporo dell'ARPA abbia già prodotto delle problematiche di integrazione che potrebbero ripresentarsi con l'esternalizzazione del DSP. Infine, essi ritengono che non debbano disperdersi i vantaggi dell'unione organizzativa tra le tre macro aree funzionali del DSP (igiene e sanità pubblica, tutela della salute in ambienti di lavoro e sanità pubblica veterinaria).

13.3.2 Il Dipartimento di prevenzione nelle ASL della Regione Lazio

L'atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio (decreto n. 259 del 6 agosto 2014 del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario *ad acta*) riporta che il DP «è la struttura operativa aziendale che garantisce l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni coordinate con le altre strutture territoriali e ospedaliere, volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana e animale».

Per l'assetto organizzativo del DP, la Regione Lazio rimanda a quanto delineato dal D.Lgs. n. 502/1992 e dal D.P.C.M. 29.11.2001 declinando linee guida per la stesura degli atti aziendali tese ad assicurare la massima coerenza e omogeneità strutturale nelle scelte organizzative delle diverse Aziende USL. Le stesse indicazioni regionali prevedono che per le diverse funzioni ricomprese nel DP⁸ sia-

⁸ Igiene e sanità pubblica, igiene degli alimenti e nutrizione, prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, sanità animale, igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conserva-

no sviluppate «forme di integrazione operativa nell'ambito dei rispettivi programmi di attività». In particolare, è sottolineata la necessità di perseguire una multidisciplinarietà d'approccio nelle attività di sicurezza alimentare, che riguardano sia gli alimenti di origine animale sia quelli di origine vegetale. Il modello organizzativo del DP deve quindi assicurare che le funzioni inerenti la sanità pubblica veterinaria e la sicurezza alimentare siano organizzate tenendo conto di quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 46 del 7 febbraio 2013.

Tra i principi fondamentali che ispirano l'organizzazione del DP, così come riportato dal decreto 259/2014, deve esservi il massimo sforzo di integrazione anche con le altre istituzioni e con gli altri settori del SSR, al fine di programmare interventi coordinati e complementari. Inoltre, le linee guida del decreto indicano espressamente che negli atti aziendali delle ASL debbano essere previsti «meccanismi idonei ad assicurare l'integrazione funzionale per le prestazioni che coinvolgono, in maniera trasversale, altre articolazioni organizzative».

Per quanto concerne il funzionamento interno del DP, la prevenzione e la promozione della salute sono considerati un investimento fondamentale per affrontare al meglio le malattie croniche e dare maggiore qualità alla vita delle persone, non ancorando più il dipartimento a un ruolo meramente ispettivo e certificativo. In tal senso, i DP devono divenire propulsori e coordinatori di interventi sul territorio.

Nello stesso decreto è inoltre indicato che presso ogni ASL sia costituita, ove non già presente, un'apposita Commissione di verifica per «l'accreditamento definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private, la regolamentazione e la verifica dei requisiti» e che, detta Commissione, operi sotto il coordinamento del Direttore del DP.

Infine, è previsto che nell'ambito del DP siano garantite le funzioni di screening attraverso l'attivazione di specifici programmi, che costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza, da rivolgere a tutta la popolazione bersaglio. Detti programmi, con i quali si sviluppano azioni coordinate di promozione, sensibilizzazione e informazione alla popolazione, sono monitorati e valutati dalla Regione attraverso un sistema di indicatori di processo e di esito. Gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali sono stati individuati dal commissario ad acta (con decreto n. U00248 del 12 giugno 2015) su proposta delle aree della Direzione regionale salute e integrazione socio sanitaria e del Dipartimento di epidemiologia della ASL di Roma E che è stato identificato «quale centro di riferimento operativo per il Piano Nazionale Esiti gestito da AgeNaS». Gli obiettivi assegnati sono stati calibrati anche in coerenza con le linee di azione descritte nei Programmi Operativi 2013-2015 delle Aziende.

zione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche.

13.3.2.1 Il Dipartimento nella ASL di Rieti⁹

Il territorio della ASL di Rieti coincide con quello provinciale e comprende 73 Comuni recentemente riorganizzati in due Distretti socio-sanitari. Se si esclude il Comune di Rieti in cui risiede la maggior parte della popolazione (in totale 47.153 abitanti), l'89% dei Comuni ha meno di 3.000 abitanti. Il personale dipendente dell'azienda è pari a 1.573 unità. È opportuno in premessa evidenziare che l'Azienda sconta un'eredità problematica con vari elementi di eccezionalità solo in parte determinati dalla situazione di piano di rientro della regione: innanzitutto, il protrarsi di vincoli stringenti sulla dotazione organica che negli ultimi anni ha prodotto diminuzioni consistenti di personale e il sistematico ricorso a forme di lavoro interinale; in secondo luogo, una rete di servizi (pubblici e privati) storicamente deficitaria e ancora molto centrata sull'ospedale in un territorio caratterizzato da elevata dispersione demografica ed estesi fenomeni di mobilità passiva; infine, di specifico interesse per i temi qui trattati, una concezione «residuale» della prevenzione che nel 2013 aveva portato l'allora direttore generale – in una difficile congiuntura economica e di carenza di organico – alla decisione di sospendere tutti i programmi di *screening*. La nuova direzione generale evidenzia, per contro, una sostanziale tenuta delle attività più tradizionali del Dipartimento di prevenzione (quelle di vigilanza e controllo), con buoni indicatori di *outcome* sul territorio e il rispetto degli standard di legge. Nel nuovo piano strategico 2014-16 la funzione di prevenzione riacquista una maggiore e diversa importanza. Le motivazioni del rinnovato interesse risiedono soprattutto nella convinzione che un investimento in interventi di prevenzione, purché basato sull'evidenza scientifica, costituisca una scelta vincente e possa contribuire al mantenimento della sostenibilità, anche economica, del sistema aziendale.

Nel nuovo assetto organizzativo dell'ASL di Rieti il Dipartimento di prevenzione mantiene, come negli altri casi analizzati, la sua caratterizzazione di articolazione organizzativa di primo livello dell'Azienda, alla quale sono assegnate le funzioni ricomprese nel macro raggruppamento dei LEA «assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro».

L'organico del Dipartimento comprende attualmente 28 dirigenti medici e veterinari (a cui si aggiungono 8 veterinari in convenzione), 18 amministrativi (di cui 4 in part-time), 5 ausiliari (di cui 2 part time), 2 assistenti sanitari e 1 infermiere. Lo stesso atto aziendale prevede alcune variazioni rispetto alla soluzione organizzativa precedente e, quindi, l'accorpamento delle funzioni nelle seguenti Unità Operative Complesse: igiene e sanità pubblica (ISP) comprendente la profilassi delle malattie infettive e parassitarie, la tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale e la tutela della collettività e

⁹ Questo caso è stato ricostruito attraverso un'intervista al Direttore Generale, una al Direttore Sanitario e una al Direttore del DP.

dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita; prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (PSAL); sanità animale e igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche (IAPZ); igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione degli Alimenti di Origine Animale (IPTCA). Sono inoltre previste le seguenti unità operative semplici dipartimentali: igiene degli alimenti e della nutrizione (IAN); anagrafe zootecnica e degli insediamenti produttivi; medicina dello sport.

Al fine di garantire il controllo dell'intera filiera delle produzioni agroalimentari (come previsto dalla normativa europea) è inoltre istituita un'Area di Coordinamento tra la sanità pubblica veterinaria e la sicurezza alimentare a cui afferiscono le unità organizzative di sanità animale e igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche, l'IPTCA, l'IAN e l'anagrafe zootecnica e degli insediamenti produttivi.

Il rilancio dei programmi di *screening*, fortemente voluto dalla nuova direzione fin dal suo insediamento, è affidato al coordinamento del dipartimento di prevenzione. Allo stesso dipartimento è anche affidato il coordinamento dei programmi di vaccinazione dell'Azienda, nonché la titolarità della funzione di supporto tecnico per la definizione delle strategie aziendali di promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro. In tali iniziative sono, peraltro, direttamente coinvolti sia il direttore generale sia il direttore sanitario.

Le relazioni tra la direzione generale e il dipartimento sono «dirette e frequenti», sia con lo stesso direttore sia con le unità operative al suo interno, anche in ragione delle limitate dimensioni dell'azienda. Tali relazioni, ovviamente, sono molto intense in tutti i casi di emergenza. La negoziazione degli investimenti e delle risorse è tuttora prevalentemente dettata da vincoli esterni. Si tratta di un dipartimento ancora sostanzialmente «piegato» sugli adempimenti formali e più vincolanti. Gli spazi e le occasioni progettuali sono percepiti «molto limitati» dal direttore del dipartimento: «l'attività è molto regolamentata con poche iniziative fuori dal consueto». Per i progetti legati alla promozione di sani stili di vita (come, per esempio, alimentazione e fumo) il ruolo del dipartimento è piuttosto di supervisione «altri fanno, noi relazioniamo».

Emerge in tutti gli intervistati (direttore del dipartimento, direttore generale e direttore sanitario) una certa attesa rispetto al nuovo corso regionale con l'introduzione di un sistema di valutazione delle performance e l'assegnazione di obiettivi specifici di «prevenzione» alle Aziende. Nel regolamento di organizzazione è rappresentato in questo modo il funzionamento a tendere del dipartimento: «non più ancorato a un ruolo meramente ispettivo e certificativo, ma un dipartimento propulsore e coordinatore di interventi di promozione della salute e di prevenzione sul territorio che mette in atto il massimo sforzo di integrazione con le altre istituzioni e con gli altri settori dell'azienda». Il modello organizzativo previsto è pertanto «funzionalmente integrato tra i servizi e tra questi e il territorio e calibrato sulla realtà di riferimento provinciale in cui attuare l'offerta di salute».

Il Dipartimento di prevenzione così ristrutturato assume, nella visione progettuale della direzione, «una configurazione superiore alla somma dei singoli servizi che lo compongono e un elevato grado di valorizzazione sia dell'organizzazione multidisciplinare tra i servizi sia dei rapporti tra l'organizzazione sanitaria del dipartimento e il contesto ambientale in cui va a interagire». È quindi espressamente prevista la costituzione di gruppi di lavoro con compiti di:

- ▶ standardizzazione dei processi e delle procedure su tematiche di interesse dipartimentale;
- ▶ formulazione di proposte per l'integrazione tecnico-organizzativa tra i diversi servizi;
- ▶ predisposizione di piani di attività dipartimentali;
- ▶ predisposizione di proposte per la definizione delle caratteristiche del sistema informativo dipartimentale.

In questo momento il dipartimento garantisce la funzione di audit dei processi produttivi. È quindi in atto un percorso di integrazione con gli staff preposti ai sistemi di qualità, *risk management*, miglioramento continuo dei processi e governo clinico che, in questa realtà, rappresentano un'esperienza consolidata e positiva.

Alcune specifiche funzioni e competenze del dipartimento sono valutate come di particolare interesse dal direttore generale e, quindi, da integrare nel quadro più complessivo del governo aziendale. Nello specifico sono sottolineati: il ruolo importante che il dipartimento ricopre nella tutela della salute collettiva e, in una prospettiva di maggiore integrazione, potrà ricoprire nelle attività di promozione della salute («le aziende dovranno occuparsi di stili di vita»); l'apporto informativo utile all'azienda per costruire una diagnosi chiara dei fabbisogni prioritari del territorio e da valorizzare maggiormente; il contributo al finanziamento dell'azienda con le attività a pagamento che gestisce.

Come negli altri casi analizzati, emerge anche nell'intervista al direttore del dipartimento della ASL di Rieti una scarsa propensione a considerare positivamente un eventuale «allontanamento» dall'Azienda. Tra i principali vantaggi del modello integrato si segnalano: l'opportunità di coordinarsi con gli altri servizi; il rapporto più diretto e vicino di quello che potrebbe essere con un assessore regionale («la regione è lontana e Roma accaparra la periferia»); la visione di (e specifica su) un territorio.

Anche per il Direttore Generale non è auspicabile un'esternalizzazione poiché, dal punto di vista dell'azienda sanitaria, esso rappresenta una fonte importante di informazioni che danno una lettura chiara dei bisogni del territorio, oltre al fatto che le ASL sono chiamate a occuparsi con sempre maggiore intensità di promozione degli stili di vita.

13.3.2.2 Il Dipartimento di Prevenzione nell'ASL Roma E¹⁰

Il DP dell'ASL Roma E esercita le proprie funzioni su una rilevante area territoriale di Roma città e della periferia nord. La popolazione coinvolta dall'attività del DP non è solamente quella residente ma anche quella presente all'interno del territorio dell'Azienda per ragioni di lavoro, turismo o religiose: si pensi alla presenza di San Pietro, con il relativo dell'afflusso di pellegrini. Ad esempio, è molto complesso della mantenere la sicurezza alimentare negli oltre 18.000 esercizi dove si somministrano alimenti a una popolazione che è solo«in transito» sul territorio. Inoltre, la complessità delle funzioni del DP è determinata anche dalle competenze in merito alle verifiche relative all'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private-accreditate particolarmente numerose e rilevanti nel territorio di riferimento (due policlinici universitari, un IRCCS, tre ospedali classificati e circa 15 strutture private accreditate). Per l'area veterinaria, punti critici del territorio sono, in particolare, quelli dovuti alla gestione della brucellosi e il randagismo.

Il DP è articolato nelle seguenti UOC: igiene e sanità pubblica; prevenzione e di sicurezza negli ambienti di lavoro; igiene degli alimenti e della nutrizione; coordinamento dei programmi di screening; sanità animale; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale; igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche. Inoltre, sono istituite le seguenti UOS dipartimentali: medicina dello sport; anagrafe zootecnica e degli insediamenti produttivi; filiera lattiero-casearia.

Gli organi sono il direttore del DP, con funzioni di programmazione e controllo delle attività e del raggiungimento degli obiettivi indicati dalla Direzione Aziendale, e il comitato di dipartimento, con compiti consultivi, composto dal direttore di DP, i direttori delle UOC e delle UOSD, il personale titolare di posizione organizzativa afferente al dipartimento e una quota elettiva di dirigenti medici e sanitari, che durano in carica tre anni.

Per condurre le proprie attività, il DP si compone di circa 120 professionisti, di cui 37 medici (18 igienisti, 6 igienisti dedicati alle vaccinazioni, 8 medici del lavoro, 1 medico dedicato agli screening e 4 specializzati in igiene degli alimenti). Per quanto riguarda i veterinari, 11 sono strutturati, 5 a tempo determinato e 2 convenzionati (c.d. «sumaisti»), che lavorano sui cani randagi e le colonie feline. Tra i tecnici: 8 sono specializzati in sicurezza e prevenzione sugli ambienti di lavoro, 4 in igiene, 4 in igiene degli alimenti. Tra gli amministrativi 12 sono dipendenti dell'Azienda e gli altri di cooperative.

L'integrazione interna è garantita dalle riunioni periodiche del comitato di dipartimento che definisce le linee programmatiche e di intervento, sulla base degli indirizzi aziendali e regionali.

¹⁰ Il caso è stato ricostruito attraverso un'intervista al Direttore di DP e un direttore di UOC veterinaria.

Il rapporto con la direzione strategica è particolarmente intenso da quando si è insediato l'attuale DG, con cui si discutono gli obiettivi che derivano anche dal mandato regionale che quest'ultimo ha avuto sui temi della prevenzione. In particolare, gli obiettivi su cui il DP dovrà focalizzarsi nell'arco del mandato sono: l'integrazione servizi veterinari e della catena dell'igiene degli alimenti; la garanzia dei LEA. La prima rilevante interazione che il direttore di DP ha avuto con il DG ha riguardato le verifiche per l'accreditamento delle numerose strutture private accreditate presenti sul territorio.

Rispetto agli altri servizi aziendali, si evidenzia un rapporto continuativo e ben strutturato dell'UOC «programmi di screening» con i professionisti dell'ospedale e del territorio per i piani di screening oncologico: il compito del DP è quello di organizzare il lavoro degli altri professionisti coinvolti. Sono frequenti anche le interazioni con: i distretti per le vaccinazioni (utilizzando sedi e infermieri del distretto) e su programmi specifici per la promozione degli stili di vita (ad esempio, nutrizione e sicurezza nelle scuole e nei centri anziani); il servizio prevenzione e protezione aziendale (interventi per la prevenzione del fumo nei luoghi di lavoro). Con gli altri servizi aziendali il coinvolgimento non è, generalmente, così strutturato, ma definito sulla base delle esigenze specifiche (*ad hoc*) oppure di situazioni di crisi. Il DP, quindi, garantisce una forte diffusione territoriale, anche con il supporto del lavoro dei distretti.

Nella percezione degli intervistati, i dipartimenti di prevenzione hanno svolto, sinora, soprattutto un'attività derivante da normative e regolamenti che rimane comunque fondamentale. Tuttavia, proprio per queste attività, il medico e il veterinario del DP erano visti come dei burocrati. Negli ultimi 10-15 anni è avvenuto un passaggio culturale, in cui il ruolo che essi devono svolgere deve essere maggiormente orientato alla valutazione del rischio.

Molto rilevante è anche l'integrazione con gli altri dipartimenti di prevenzione delle ASL romane: attualmente sono attivi dei tavoli e dei momenti di riflessione più ampi sull'accreditamento delle strutture e sulla sicurezza alimentare.

Gli intervistati, inoltre, manifestano contrarietà rispetto all'ipotesi che il DP venga esternalizzato rispetto alle ASL creando, ad esempio, delle agenzie per la prevenzione; l'esternalizzazione di alcune funzioni di protezione ambientale con la creazione delle ARPA non ha costituito un'esperienza positiva per incisività.

13.3.2.3 Il Dipartimento di Prevenzione nell'ASL Roma D¹¹

L'ASL Roma D ha un territorio di riferimento che coincide con 3 municipalità della zona ovest di Roma (tra cui Ostia) e il Comune di Fiumicino.

Il DP è composto da quattro UOC: igiene e sanità pubblica; igiene degli alimenti di origine animale; prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

¹¹ Il caso è stato ricostruito attraverso un'intervista al Direttore Sanitario e una al Direttore di DP.

sanità animale e igiene degli alimenti e produzioni zootecniche; e tre UOSD: igiene degli alimenti e della nutrizione; screening, promozione della salute e stili di vita; canile sovrazonale e controllo del randagismo. Le prime sei unità operative rappresentano le sei filiere di attività rilevanti del DP, mentre l'ultima UOSD corrisponde a una tematica molto critica per il comune di Roma. Inoltre, il DP dell'ASL Roma D gestisce l'ospedale veterinario che è il punto di riferimento delle ASL limitrofe. Il DP si avvale del supporto di un'UOC amministrativa «della prevenzione e della salute mentale». La direzione strategica avrebbe preferito un accorpamento tra igiene degli alimenti di origine animale e igiene degli alimenti e della nutrizione umana per garantire una maggiore integrazione tra la parte veterinaria e quella igienistica, ma indicazioni regionali hanno richiesto di mantenere una separazione tra le due filiere. Al momento dell'intervista, il ruolo di Direttore del DP era ricoperto dal direttore della UOC per la prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro solo da pochi mesi.

Il DP ha un organico di circa 240 professionisti, di cui: circa 32 lavorano presso l'ospedale veterinario dell'AUSL (3 medici veterinari a tempo indeterminato, circa 12 veterinari convenzionati, 13 unità del comparto tecnico e sanitario, 4 amministrativi); per gli altri servizi, circa 30 dirigenti medici dipendenti e 25 convenzionati, circa 13 medici veterinari dipendenti e 12 convenzionati, circa 95 fra personale tecnico e sanitario, circa 31 amministrativi.

Rilevante quota delle attività svolte dal DP, secondo il direttore del DP, è legata agli obblighi di legge o alla programmazione regionale/nazionale, un'altra parte importante deriva da esposti o segnalazioni, mentre una quota inferiore di attività è legata a richieste fuori dai programmi, ossia le emergenze. La parte di attività svolta per iniziativa del DP è, quindi, minoritaria: la vera discrezionalità è data dalle modalità di realizzazione dei progetti e delle azioni.

Le priorità trasferite dalla direzione aziendale al DP si identificano in: (i) una maggiore integrazione tra medici veterinari e igienisti per materie e soluzioni comuni; (ii) sviluppo delle politiche di *screening*, oltre a quelle per la promozione della salute e degli stili di vita; (iii) una maggiore diffusione sul territorio delle attività; (iv) un miglior monitoraggio delle attività svolte per rendere possibile un confronto con i DP che insistono su territori limitrofi.

Il tema della insufficienza delle risorse continua a rimanere attuale ed è perciò necessario attuare, oltre a un più stringente controllo, una revisione delle modalità di funzionamento al fine di produrre risparmi da re-investire nelle attività.

I colloqui con la direzione strategica sono *ad hoc* e soprattutto su richiesta di quest'ultima per specifici bisogni informativi (tra i quali l'utilizzo dei fondi del dipartimento o problemi di carattere operativo). Tuttavia, la direzione strategica sta cercando di introdurre incontri strutturati con il Direttore e tutti i servizi del Dipartimento, utilizzando il ciclo di budget per discutere e concordare gli obiettivi.

Per quanto riguarda l'integrazione con gli altri servizi aziendali, il Direttore

del DP riferisce di una maggiore integrazione con i distretti (anche per gli screening) e scarsa interazione, invece, con i professionisti ospedalieri. Per sviluppare maggiormente l'attività sugli screening ritiene necessaria la presenza di figure specializzate in comunicazione.

Secondo la percezione del direttore sanitario, esternalizzare il DP significa eliminare una parte rilevante dell'attività sanitaria e separare il momento della cura da quello della prevenzione. Un ente esterno avrebbe molta più difficoltà d'integrazione e coordinamento con le attività dell'ASL, rischiando di ritornare a un modello di sanità orientato esclusivamente sulla cura e non la prevenzione. La questione fondamentale, secondo il direttore sanitario, è introdurre una gestione aziendalistica anche nel DP. Necessario, inoltre, un cambiamento culturale, in cui l'impostazione dei professionisti del DP vada oltre la visione di vigilanza e di sanzione dei comportamenti.

Invece, il direttore di DP non preclude la possibilità di rendere il dipartimento un istituto autonomo, qualora esso non venga snaturato delle sue funzioni (come, invece, potrebbe avvenire se inserito sotto la dipendenza gerarchica del ministero del lavoro).

13.3.3 Il Dipartimento di prevenzione nelle ASL della Regione Puglia

Il Dipartimento di prevenzione (DP) in Regione Puglia è disciplinato dalla L.R. n. 25 del 3 agosto 2006 «Principi e organizzazione del Servizio Sanitario Regionale». Il DP è la struttura dell'ASL preposta «all'organizzazione e alla promozione nel territorio di competenza della tutela della salute della popolazione, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia, in particolare quelle maggiormente diffuse e diffusive, sia di origine umana che animale, in tutte le realtà in cui la salute della popolazione è sottoposta a rischio». Il Regolamento Regionale n. 13 del 30 giugno 2009 definisce l'organizzazione del DP indicando un'articolazione in Unità Operative Complesse (UOC), la cui distribuzione è definita in rapporto con le dimensioni e le caratteristiche orografiche del territorio, ma che, tuttavia, deve realizzare un'integrazione delle attività tra tali UOC secondo i principi «dei processi per obiettivi, della multidisciplinarietà delle azioni e della unireferenzialità per l'utenza». Lo stesso regolamento, in premessa, indica come centrale nella *mission* dei DP pugliesi – ai fini della modifica dei comportamenti individuali e collettivi e della risposta a importanti problemi di sanità pubblica – non solo un'azione più unitaria e integrata al proprio interno e con gli altri servizi sanitari (in particolare le realtà distrettuali), ma anche la necessità del coinvolgimento dei vari attori sociali (dalle istituzioni alla collettività di riferimento). L'organizzazione del DP è, quindi, statuita all'interno del R.R. 13/2009 ed è comune a tutte le ASL presenti in Puglia. Proprio come queste ultime, anche il DP ha competenze coincidenti con il territorio provinciale.

La direzione del DP è assicurata dal Direttore di Dipartimento e dal Comitato di Direzione del Dipartimento. Le UOC che lo compongono sono:

- a) igiene e sanità pubblica (SISP), con compiti di: i) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali) e controllo delle malattie cronico-degenerative; ii) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinanti; iii) valutazione medico legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche;
- b) prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPESAL), con funzioni di: sorveglianza, prevenzione, tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinanti;
- c) igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN);
- d) sanità animale (SIAV AREA A);
- e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV AREA B),
- f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV AREA C).

Tuttavia, il R.R. recita che «tenendo conto della peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi del radicamento territoriale dei servizi ed in considerazione della entità numerica della popolazione, delle caratteristiche orografiche del territorio, della viabilità e dei collegamenti il territorio della ASL di Bari è diviso in 4 Aree Territoriali, quello di Lecce in n.2, quello di Foggia n.3, quello di Taranto, Brindisi e BAT in n.1 Area Territoriale»¹². Nel caso in cui vi sia più di un'area territoriale (Bari, Lecce e Foggia), quindi, le UOC elencate dal punto a) al punto f) sono replicate per ciascun ambito territoriale. Per ciascuna delle funzioni dalla a) alla f) viene poi nominato un coordinatore delle UOC tra i direttori delle UOC territoriali; i coordinatori fanno parte del comitato di direzione del DP al posto dei direttori delle UOC.

In staff alla Direzione del DP sono istituite tre strutture semplici con funzioni tecnico-sanitarie¹³: 1) Epidemiologia e flussi informativi; 2) Qualità, comunicazione, formazione, educazione sanitaria; 3) Servizio Tecnico della Prevenzione. È prevista, inoltre, una struttura amministrativa con funzioni segretariali, di gestione del personale, di collaborazione per il controllo di gestione e il budget, di predisposizione degli atti amministrativi.

Il Direttore del DP, in particolare, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal piano annuale e del budget (quest'ultimo concertato con i

¹² La definizione dell'ambito territoriale di pertinenza delle Unità Operative Territoriali è effettuata con provvedimento del Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario e acquisito il parere del Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

¹³ I Direttori Generali delle ASL su proposta del Direttore del Dipartimento di Prevenzione possono ricomprendere le funzioni e le attività delle strutture semplici di cui al punto 1 e 2 in un'unica struttura organizzativa.

direttori delle UOC e in conformità agli indirizzi della Direzione Generale), coordina le attività dei servizi e istituisce dei gruppi di lavoro, gestisce direttamente la quota di risorse per lo svolgimento delle attività della direzione del DP. Inoltre, all'articolo 10 del R.R. è stabilita una consulta regionale dei Direttori dei DP, quale struttura di supporto tecnico all'Assessorato alle Politiche della Salute sui temi di prevenzione. La consulta è composta da dodici membri, due per ogni ASL e in numero uguale tra Dirigenti Medici e Dirigenti Veterinari. Relativamente ai Dipartimenti di prevenzione, la consulta:

- ▶ valuta l'andamento complessivo degli interventi di prevenzione sul territorio regionale;
- ▶ effettua l'analisi e il confronto delle varie metodologie operative dei Dipartimenti al fine del raggiungimento dell'omogeneità degli interventi di prevenzione sul territorio regionale;
- ▶ monitora dello stato di attuazione dei programmi specifici di prevenzione regionali e nazionali;
- ▶ verifica l'andamento dei rapporti tra Dipartimenti di Prevenzione, ARPA, ISPESL, IZS e l'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Il DP gestisce autonomamente tre fondi, così come stabilito dalle normative della regione Puglia:

- ▶ quelli derivanti dalle sanzioni su igiene e sicurezza (758/94), che vengono raccolti dalla regione e ritornano ai DP come fondi finalizzati al raggiungimento di determinati obiettivi (ad esempio, il miglioramento dei sistemi informativi del DP);
- ▶ quelli derivanti dalle aziende sottoposte a controllo di igiene degli alimenti (decr. lesl 194), il cui 80% rimane ai dipartimenti di prevenzione e viene destinato all'aggiornamento professionale;
- ▶ quelli derivanti dai diritti sanitari (ad esempio, il certificato di patente), di cui rimane a disposizione il 50%.

13.3.3.1 *Il Dipartimento di prevenzione nella ASL di Taranto¹⁴*

L'ASL di Taranto ha competenza su tutto il territorio provinciale e su una popolazione residente di quasi 600.000 persone. La provincia (in particolare il territorio comprendente i comuni di Taranto, Crispiano, Massafra, Montemesola e Statte) è stata dichiarata «area a elevato rischio ambientale» e soggetta all'azione di un Commissario Straordinario per «la bonifica, l'ambientalizzazione e la riqualificazione». L'area si caratterizza anche per la presenza di un'industria metallurgica, l'Ilva, le cui esternalità negative sono oggetto di continuo dibattito in

¹⁴ Questo caso è stato ricostruito attraverso un'intervista al Direttore del DP.

relazione alle problematiche ambientali e le ripercussioni sulla salute. Inoltre, Taranto si caratterizza per un notevole afflusso di merci per la presenza del porto cittadino.

Il DP dell'ASL di Taranto, articolato su un'unica area territoriale, si trova ad affrontare delle sfide molto rilevanti in termini di rischi ambientali ed epidemiologici della popolazione di riferimento e di entità del «patrimonio zootecnico». Il DP di Taranto è articolato nelle UOC previste dal R.R. 13/2009 e ne fanno parte 40 medici, 50 veterinari (dipendenti e convenzionati), 60 tecnici della prevenzione, 40 infermieri/assistenti sanitari e altri 50 dipendenti tra amministrativi e tecnici. Il personale del DP lavora in 32 uffici su tutto il territorio provinciale; sono particolarmente diffusi piccoli uffici vaccinali.

L'integrazione all'interno del DP è garantita dall'interazione tra le UOC e il direttore di dipartimento anche attraverso il comitato di dipartimento, che si riunisce una volta al mese e discute la programmazione delle attività. Nella percezione del direttore del DP è impossibile garantire le funzioni di prevenzione se non vi è un'integrazione forte tra medici e veterinari all'interno del dipartimento, sia per quanto riguarda le attività che hanno ricadute sull'alimentazione umana, e che dipendono anche dalla sanità animale, ma anche per questioni relative alle attività con ricadute sul suolo e sull'inquinamento ambientale, ecc. Tutte le UOC del DP sono congiuntamente coinvolte per trovare soluzioni nelle situazioni di crisi, così come anche nella programmazione ordinaria.

Nell'esperienza riportata dal Direttore del DP, il rapporto con la Direzione Strategica varia in relazione agli stili di management di questi ultimi. Ci sono casi in cui il Direttore del Dipartimento ha ricevuto ampie deleghe gestionali dal Direttore Generale e il suo principale interlocutore è stato il Direttore Sanitario, altri in cui un maggiore accentramento di funzioni decisionali nella figura del DG ha reso necessario intrattenere maggiori rapporti. In particolare, la funzione del DG di interlocuzione con gli *stakeholders* esterni e di rappresentante legale dell'azienda, rende necessaria una stretta concertazione con il Direttore del DP per le tematiche legate all'emergenza ambientale, i rapporti con l'autorità giudiziaria e con i sindaci.

Tra le tecnostrutture dell'azienda, molto rilevanti sono le relazioni con l'ufficio economato, sebbene il Dipartimento possa gestire direttamente alcune gare e gli acquisti di beni strumentali per l'esercizio delle proprie funzioni. I fondi non finalizzati sono utilizzati dal DP per acquisire mezzi strumentali, in particolare automobili, computer e software. Non tutte le risorse disponibili riescono a essere spese, più per difficoltà nelle azioni amministrative necessarie per l'acquisizione di beni e servizi che per scarsa necessità.

Importanti e frequenti anche le interazioni con i dirigenti delle professioni sanitarie e dei tecnici della prevenzione.

Tra i servizi sanitari si annoverano le attività congiunte con il SERT (ad esempio, per la prevenzione e promozione della salute nelle scuole) e con il Diparti-

mento di Salute Mentale (ad esempio per la concertazione insieme agli psicologi delle attività contro l'anoressia e la bulimia), oltre che con i distretti per le attività consultoriali. Gli *screening*, invece, non sono mai stati seguiti direttamente dal DP (ad eccezione di quello per la salute cardio-respiratoria) poiché, storicamente, il centro *screening* è gerarchicamente dipendente dalla Direzione Sanitaria.

Per quanto riguarda le relazioni con istituzioni o soggetti esterni, le interazioni sono: circoscritte soprattutto ai problemi che sorgono o alle azioni comuni che devono essere portate avanti con ARPA e istituti zooprofilattici; molto più frequenti e intense con l'assessorato regionale e con gli enti locali. Per ciò che concerne i professionisti convenzionati SSN, il DP ha un ottimo rapporto con i PLS, affrontando le questioni critiche sui vaccini per l'infanzia con incontri comuni e con la definizione di procedure standard di dissenso alla vaccinazione; in questo caso, il DP segnala al pediatra la mancata vaccinazione, anche invitando a colloquio i diretti interessati. Attualmente, i MMG eseguono solo vaccini antinfluenzali e l'antipneumococcica per gli adulti, il resto delle vaccinazioni è eseguita da operatori del DP presso i propri ambulatori. Il DP, inoltre, ha partecipato alla stesura del prontuario pugliese della vaccinazione e mantiene un'accurata anagrafe della vaccinazione.

In ragione di tutte le attività integrate con gli altri servizi aziendali, il direttore del DP ritiene che non sia opportuna un'esternalizzazione del dipartimento. Al contrario, se manca integrazione con i servizi aziendali è dovuto al fatto che il DP è particolarmente debole nel contesto organizzativo della ASL.

Un DP forte richiede, nella percezione dell'intervistato, un forte radicamento e una rilevante capillarizzazione sul territorio; questo perché il DP si occupa di gestire una popolazione «sana». Mentre lo specialista ospedaliero o ambulatoriale viene interpellato direttamente dai pazienti quando sono consci di avere necessità del suo intervento, il DP trova nella territorialità e nell'accesso continuo a luoghi diversi dagli uffici sanitari (scuole, luoghi di lavoro, ecc.) la sua vicinanza a bisogni di salute collettivi che, altrimenti, non sarebbero riconosciuti dalla popolazione. Collegandosi al ruolo del direttore, la forza del DP è data dalla necessità che questi garantisca l'integrazione con una partecipazione in prima persona alle attività e alle riunioni del dipartimento.

DP costruiti su aree molto ampie (inter-provinciali o, anche, regionali) non riescono né a rispondere alla necessità di una forte capillarizzazione sul territorio, né a garantire una vicinanza del Direttore di DP con gli operatori del dipartimento. È perciò rilevante dimensionare i DP in relazione al bacino di utenza, nel caso del settore igienistico, e al numero degli animali presenti sul territorio, nel caso del settore veterinario. Uno studio della SITI rimanda a un bacino ideale del DP di circa 400.000-600.000 abitanti; le fusioni aziendali che stanno avvenendo in questi anni, quindi, non sembrano positive per il funzionamento integrato e ottimale del DP.

Inoltre, la definizione di un unico modello organizzativo tra i DP (come avviene in Puglia) è ritenuto un punto di forza; mentre, in altre Regioni, la definizione di strutture organizzative *ad hoc* per ciascuno dei DP aziendali ha concorso a rendere strutturalmente fragili quei dipartimenti che già partivano con una debolezza di fondo (culturale, organizzativa, ecc.).

La capacità del management dei DP è anch'essa rilevante per il buon funzionamento del dipartimento, i medici igienisti hanno soprattutto il compito di (e le competenze necessarie per) organizzare in modo integrato – con i professionisti interni e con quelli degli altri servizi aziendali – gli interventi rientranti nelle funzioni del dipartimento di prevenzione. A parere dell'intervistato, il vertice del DP può essere anche ricoperto efficacemente da un medico veterinario. Tuttavia, dato che il veterinario svolge un ruolo professionale altamente specializzato e «tecnico», è opportuno che un igienista possa coadiuvarlo nell'organizzazione dei servizi, poiché rientra nelle competenze che quest'ultimo ha formato lungo l'arco dei propri studi di igiene e organizzazione.

Il futuro del DP e della sua efficacia risiede nelle persone che vi lavorano, il professionista della sanità pubblica deve ripensare il suo modo di operare e di agire per venire incontro a esigenze di maggiore integrazione oltre che di perfezionare e sviluppare le competenze tecniche necessarie per il proprio lavoro.

13.3.3.2 *Il Dipartimento di prevenzione nella ASL di Barletta, Andria, Trani*¹⁵

Il DP dell'ASL di BT dipende gerarchicamente dalla direzione strategica e, attualmente, il direttore è un medico veterinario. Trattando materie di carattere sanitario, storicamente nell'azienda è stato il direttore sanitario ad avere interazione con il direttore di DP. La rilevanza sempre più strategica dei temi del benessere sul territorio, salubrità, sicurezza e condizioni di lavoro, determinanti che interferiscono con la salute umana, oltre che la forte valenza economica per tutte le attività produttive, della filiera alimentare, agricoltura, utilizzo delle carni e derivati, sicurezza sul lavoro, rendono sempre più importante un diretto rapporto con il Direttore Generale, in quanto rappresentante legale dell'Azienda. Il nuovo DG ha, quindi, strutturato un calendario di riunioni e di incontri con il comitato di DP per discutere di tutte le tematiche rilevanti per la sanità pubblica.

Tra le attività del DP, molto spazio viene dedicato alle vaccinazioni previste dai LEA (che rappresentano il «biglietto da visita» del DP sul territorio) e all'educazione della salute e stili di vita, aderendo al progetto PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)¹⁶. In questo caso, le attività di

¹⁵ Questo caso è stato ricostruito attraverso un'intervista al Direttore Generale dell'ASL.

¹⁶ La sorveglianza PASSI si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il

screening sono poste in capo a organismi pluridisciplinari il cui coordinamento dovrebbe essere garantito dal DP, tuttavia (a causa della mancanza di risorse da dedicare e in relazione al coinvolgimento di molti servizi territoriali e ospedalieri) è la direzione sanitaria che gestisce e garantisce gli screening.

Nell'opinione del DG intervistato, le attività del DP sono molto condizionate da elementi e programmi esterni e da normative; da questo punto di vista, quelle europee in materia di sanità pubblica stanno sempre più definendo l'operato dei DP. I maggiori spazi di autonomia sono riscontrabili nell'applicazione sul territorio di programmi sugli stili di vita e sulla prevenzione, sebbene gli obiettivi siano fortemente standardizzati.

Un'esternalizzazione del DP, a parere del DG intervistato, andrebbe a minare la *mission* stessa di un dipartimento orientato alla tutela della sanità pubblica. La perdita stessa delle funzioni di vigilanza sull'inquinamento e sulle problematiche ambientali, che nel passato sono state devolute all'ARPA, non permettono oggi una reale integrazione per gli aspetti connessi alle determinanti ambientali della mortalità e delle questioni epidemiologiche. Sarebbe, ovviamente, auspicabile che queste tematiche sulla prevenzione ambientale rientrassero nell'alveo delle competenze del DP, re-integrandole istituzionalmente o almeno funzionalmente.

Uno dei punti su cui il DP dovrà lavorare nei prossimi anni, secondo l'intervistato, è ricondurre i programmi di screening e di prevenzione a un percorso unitario, organizzato e gestito non in modo estemporaneo.

13.4 Livelli di integrazione nei casi analizzati e percezioni sulla de-integrazione del DP

È possibile riprendere e sistematizzare alcuni dei risultati delle interviste guardando a due obiettivi:

- ▶ comprendere i livelli di integrazione del DP (interna, con gli altri servizi aziendali e con la direzione strategica) che richiedono un mantenimento del dipartimento all'interno dell'Azienda Sanitaria (Tabella 13.1);
- ▶ riportare le percezioni degli intervistati rispetto alla domanda specifica se mantenere integrato il DP all'interno delle ASL dal punto di vista istituzionale (Tabella 13.2).

Paese sta realizzando per la loro prevenzione. I temi indagati sono il fumo, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol, la dieta povera di frutta e verdura, ma anche il controllo del rischio cardiovascolare, l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure sicurezza per prevenzione degli incidenti stradali, o in ambienti di vita di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.

Dalla Tabella 13.1 si rileva come l'organizzazione dei DP sia quasi sempre una scelta aziendale e come solo nel caso della Regione Puglia questa sia standardizzata e definita a livello regionale.

Rispetto all'integrazione interna ai DP, emerge come il comitato di dipartimento sia uno dei mezzi con cui si programma l'attività del DP (con maggiore o minore efficacia, a seconda dei casi). Particolarmente interessanti per favorire l'integrazione sono i programmi e i gruppi di lavoro intra-dipartimentali formalizzati, come nel caso delle ASL emiliano-romagnole. Dalle interviste è emerso come, in alcuni casi, sia avvertito come indispensabile un maggior coordinamento nel Dipartimento tra area veterinaria e area medica, segno che i meccanismi di integrazione fanno particolarmente fatica a funzionare in presenza di differenti identità professionali.

L'integrazione con le altre aree dell'Azienda non è sempre perseguita con particolare attenzione, sebbene vi siano importanti esperienze di interazione soprattutto con i distretti per attività di prevenzione. L'introduzione di soluzioni basate su forme di gestione per progetti trasversali all'organizzazione, che promuovono la condivisione di risorse e attività, possono essere la chiave di volta per migliorare l'integrazione con gli altri servizi aziendali: emblematico il caso dei «programmi» delle ASL della regione Emilia-Romagna e che, nel caso della ASL di Bologna, superano i confini del DP per assumere una valenza aziendale. In ogni caso le aree di interazione, anche quelle semplicemente evocate o auspiccate, rimangono abbastanza circoscritte – *screening*, vaccinazioni o progetti puntuali e specifici di prevenzione – senza che siano riscontrabili ipotesi di allargamento degli ambiti di cooperazione.

Le interazioni con la direzione strategica aziendale sono più frequenti oggi che nel passato nella maggior parte delle Aziende. Ciò a dimostrare una maggiore attenzione da parte del top management ai temi della salute collettiva, ma soprattutto al ruolo che prevenzione e promozione della salute promettono di giocare nella sfida per la sostenibilità. In questo senso dai casi sembra emergere una sempre maggiore attenzione agli obiettivi che i dipartimenti perseguono e alle risorse che utilizzano.

Infine, sembra interessante un approfondimento sul tema degli screening, argomento centrale per la prevenzione e area privilegiata di interazione del Dipartimento con gli altri servizi dell'azienda. Diverse sono le modalità organizzative per gli screening che le ASL o i modelli regionali hanno adottato: le UO dedicate agli screening e integrate nel DP si trovano nei casi di Bologna, Roma E e Roma D. Nelle altre aziende non sempre il DP è il primo attore di questa attività di prevenzione, che viene centralizzata e coordinata dalla Direzione Sanitaria Aziendale. La quasi totalità degli intervistati è comunque concorde nel ritenere che la gestione degli screening richieda un coordinamento complessivo e vada inserita nelle logiche più ampie della prevenzione e diagnosi, affidando al DP un ruolo centrale nello svolgimento di queste attività.

Tabella 13.1 Livelli di integrazione dei DP

| | Definizione organigramma | Integrazione interna | Integrazione con altri servizi aziendali | Interazioni con direzione strategica | Coordinamento progetti screening |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|
| ASL Bologna | Scelta aziendale | Riunioni periodiche dell'ufficio di direzione e del comitato di Dipartimento. | Programmi trasversali su temi prioritari che coinvolgono servizi diversi (es. screening oncologici; sicurezza alimentare; effetti dell'ambiente sulla salute; ecc.). | Intense e storicamente consolidate su obiettivi del Dipartimento e assegnazione delle risorse. | Assegnato alla UOC «Centro Screening» del Dipartimento e per gli screening oncologici strutturato in un programma aziendale comune a diversi servizi aziendali. |
| ASL Modena | Scelta aziendale | Comitato di dipartimento e programmi intra-dipartimentali (sicurezza alimentare; igiene e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro: effetti dell'ambiente sulla salute) Progetti ad hoc e gruppi di lavoro. | Programmi trasversali su temi di salute che coinvolgono servizi diversi e alcuni dei quali non direttamente coordinati dal Dipartimento. | Interlocazione su obiettivi del DSP e negoziazione delle risorse con triade strategica. | Esterno al Dipartimento: Programma screening coordinato dalla Direzione Sanitaria. |
| ASL Rieti | Scelta aziendale | Informale e favorita dalle dimensioni piccole del DP. Nel nuovo regolamento è prevista la costituzione di gruppi di lavoro e progetti intra-dipartimentali e istituita l'Area di coordinamento per il controllo della filiera alimentare. | In atto percorso di integrazione con staff preposti al governo clinico e audit dei processi. | Frequenti, più che nel passato, con l'attuale direzione strategica su questioni ritenute prioritarie (screening, progetti di promozione salute e supporto tecnico). | Affidato al DP. |
| ASL Roma E | Scelta aziendale | Riunioni del comitato di Dipartimento per definizione programmi di attività congiunti. Tra gli obiettivi dati dal DG vi è la richiesta maggiore integrazione tra servizi veterinari e igienistici. | Distretti per promozione stili di vita e screening. Servizio prevenzione e protezione aziendale per attività di promozione degli stili di vita sui luoghi di lavoro. | Frequenti, più che nel passato, con l'attuale direzione strategica per la programmazione e il monitoraggio degli obiettivi del Dipartimento. | Integrato nel DP: UOC «Coordinamento dei programmi di screening». |
| ASL Roma D | Scelta aziendale | Tra gli obiettivi dati dalla Direzione strategica vi è la richiesta di una maggiore integrazione tra servizi veterinari e igienistici. | Distretti per screening e promozione stili di vita. | Frequenti, più che nel passato, incontri ad hoc e per momenti di crisi, si stanno istruendo momenti strutturati soprattutto durante il ciclo di budget | Integrato nel DP: UOSD Screening, promozione della salute e stili di vita. |
| ASL Taranto | Modello previsto in Regolamento Regionale | Riunioni mensili del comitato di dipartimento in cui è programmata l'attività. | Rilevanti interazioni, in particolare con Distretti, Dipartimenti di Salute mentale e SERT per attività di prevenzione e promozione della salute. | Frequenti, più che nel passato, con l'attuale direzione generale, incontri ad hoc. | Esterno al DP: UO della Direzione Sanitaria. Esperienze di coordinamento screening cardio-vascolari. |
| ASL Barietta Adria Trani | Modello previsto in Regolamento Regionale | Riunioni del comitato di Dipartimento. | Non rilevate. | Incontri strutturati con il direttore e il comitato di DP. | Esterno al DP: UO della Direzione Sanitaria. |

Tabella 13.2 **Considerazioni sull'esternalizzazione del DP da parte degli intervistati**

| DP come istituto autonomo? | Motivazioni |
|----------------------------|---|
| NO | Mentre alcuni servizi, in particolare quelli legati a funzioni di vigilanza e controllo, potrebbero non subire particolari ripercussioni da un eventuale distacco, altri settori, che devono realizzare obiettivi di salute per la collettività, esprimono rilevanti necessità di coordinamento con gli altri servizi aziendali. L'integrazione del DP all'interno delle aziende sanitarie – dopo una fase di completa stasi – sembra procedere con maggiore forza negli ultimi anni, esternalizzando vanificherebbe i molti passi avanti fatti per l'integrazione. Il rischio vero dello scorporo è che i DP diventino dei meri applicatori di norme con minore attenzione agli effetti prodotti. I professionisti, inoltre, potrebbero patire la mancanza di occasioni di ricerca, stimoli e idee per l'applicazione degli obiettivi, derivanti dall'interazione con gli altri servizi aziendali. |
| NO | Irrinunciabile la presenza del DP nelle aziende sanitarie poiché la salute delle persone deve essere tutelata a 360 gradi. Per l'azienda è molto rilevante il DP integrato poiché garantisce una visione complessiva sui bisogni del territorio e, su questioni specifiche (ad es. comunicazione del rischio) il DP fornisce un contributo. |
| NO | L'integrazione del DP con gli altri servizi dell'ASL è particolarmente rilevante. In particolare, dovrebbe essere attentamente considerata l'esperienza (insuccesso) dello scorporo delle funzioni di protezione ambientale dal DP attraverso la creazione dell'ARPA. |
| NO | Il rapporto del DP con gli altri servizi aziendali è particolarmente utile per avvicinare la cultura epidemiologica alla clinica e garantire una contaminazione culturale. La prevenzione secondaria e terziaria può avere un impatto efficace sulle terapie. Inoltre, essendo interlocutori molto abili nelle relazioni istituzionali, possono essere d'aiuto all'azienda nella comunicazione in alcune situazioni che riguardano la domanda collettiva di salute (es. migranti, ambienti di lavoro, salubrità e salute) |
| NO | Per l'azienda sanitaria rappresenta una fonte importante di informazioni che danno una lettura chiara dei bisogni del territorio, oltre al fatto che le ASL sono chiamate a occuparsi con sempre maggiore intensità di promozione degli stili di vita. |
| NO | Molto rilevante coordinarsi con gli altri servizi dell'azienda sanitaria, oltre a trasmettere la visione del territorio di riferimento, mentre l'esternalizzazione rende molto più difficile tale integrazione (il DP diverrebbe, quasi, un assessorato per l'azienda). |
| NO | Contrarietà rispetto all'ipotesi che il DP venga esternalizzato rispetto alle ASL, creando, ad esempio, delle agenzie per la prevenzione; l'esternalizzazione di alcune funzioni di protezione ambientale con la creazione delle ARPA non ha costituito un'esperienza di successo. |
| NO | Un ente esterno avrebbe molta più difficoltà d'integrazione e coordinamento con le attività dell'ASL, rischiando di ritornare a un modello di sanità orientato esclusivamente alla cura e non la prevenzione. Una priorità fondamentale è quella di introdurre una gestione aziendale anche nel DP. È necessario, inoltre, un cambiamento culturale, in cui l'impostazione dei professionisti del DP vada oltre la visione di vigilanza e di sanzione dei comportamenti. |
| Possibile | Non è da scartare la possibilità di rendere il dipartimento un istituto autonomo, qualora esso non venga snaturato dalle sue funzioni (come, invece, potrebbe avvenire se inserito sotto la dipendenza gerarchica del ministero del lavoro). |

Tabella 13.2 (Segue)

| DP come istituto autonomo? | | Motivazioni |
|----------------------------|---|-------------|
| NO | A ragione di tutte le attività integrate con gli altri servizi aziendali, che altrimenti non potrebbero essere efficaci, si ritiene che non sia opportuna un'esternalizzazione del dipartimento dalle ASL. La mancata integrazione con i servizi aziendali è spesso dovuta al fatto che il DP è particolarmente debole in quello specifico contesto organizzativo. Il compito dei professionisti del DP (in particolare dei medici igienisti) è proprio quello di organizzare in modo integrato – con i professionisti interni al DP e con quelli degli altri servizi aziendali – gli interventi rientranti nelle funzioni del dipartimento di prevenzione. | |
| NO | Un'esternalizzazione del DP andrebbe a minare la mission stessa di un dipartimento orientato alla tutela della sanità pubblica. Riprendendo l'esempio della costituzione dell'ARPA, la de-integrazione istituzionale non ha garantito una presa in carico complessiva dei temi delle determinanti ambientali delle modificazioni epidemiologiche e della mortalità. Inoltre, i programmi di screening per essere efficaci devono essere gestiti a 360 gradi all'interno delle ASL con l'apporto di tutti i servizi aziendali qualificati, tra cui il DP. | |
| NO | Il DP completa il percorso diagnostico cura con l'indicazione di comportamenti di salute orientati alla prevenzione, anche attraverso un apporto professionale sui PDTA. Si pensi, ad esempio, agli screening sulla prevenzione del rischio cardiovascolare o le determinanti e i problemi dell'obesità. Sono al centro di una rete di rapporti (scuola, comuni, fondazioni), oltre ad essere depositari di saperi e pratiche epidemiologiche rispetto a un territorio. È un gruppo di professionisti, a volte poco integrato, però capace di produrre valutazioni su centinaia di diversi indicatori; oltre ad essere esempio, in taluni casi, di buona gestione delle risorse. Anche l'Azienda può apprendere dal DP come su persona e ambiente il proprio apporto. Al Collegio di Direzione mancherebbe, inoltre, una competenza fondamentale per comprendere il territorio di riferimento. Il fatto che sia un dipartimento con forte accentramento di professionalità, altamente specializzato, con un potere di polizia giudiziaria, in rappresentanza di istituzioni UE e Stato, non è sempre un fattore negativo. Anche in questo caso, la de-integrazione delle competenze di tutela ambientale attraverso l'istituzione dell'ARPA è vista come negativa e si auspica un ritorno all'interno delle ASL e del DP di tali competenze e funzioni. | |

La Tabella 13.2 mostra come ci sia una quasi totale convergenza degli intervistati nel ritenere che il DP debba rimanere integrato all'interno dell'Azienda Sanitaria. Una parte rilevante delle motivazioni si basa sul contributo che il DP può offrire al funzionamento complessivo dell'azienda, sia completando con lo specifico della prevenzione le attività di diagnosi, cura e riabilitazione, sia sorreggendo le scelte aziendali con la cultura e le analisi che vengono dalla epidemiologia e, in generale, dalla capacità di lettura dei fenomeni sanitari. Molti sottolineano, inoltre, come divengano sempre più importanti le attività di promozione della salute, rispetto alle quali si ritengono fondamentali le competenze di cui i Dipartimenti dovrebbero essere portatori. Di fronte alla prospettiva di una «specializzazione istituzionale» della prevenzione, un riferimento diffuso è alla esperienza considerata negativa del trasferimento di alcune funzioni all'ARPA. Rispetto a questa riflessione, proposta da molti intervistati, è interessante notare come tra le ragioni che spingerebbero a mantenere l'assetto integrato essa sembri rappresentare, uno dei pochi riferimenti a ciò che è effettivamente avvenuto, in un quadro che, in generale, tende a porre l'accento sul futuro, sui vantaggi «potenzialmente» ottenibili. Si tratta, inoltre, implicitamente, di uno dei pochi riferimenti al contributo che al DP può venire dal suo permanere all'interno dell'azienda, avendo come principale riferimento gli effetti prodotti dall'allontanamento dall'azienda stessa delle funzioni di controllo ambientale (ora ricomprese nelle agenzie nazionali e regionali ANPA/ARPA).

Per cambiare il ruolo del DP, la maggior parte degli intervistati ritiene, infine, che sia rilevante un cambiamento culturale, da logiche principalmente burocratiche di verifica e controllo a logiche di maggior iniziativa nella tutela della salute.

13.5 Discussione e conclusioni

Il tema degli assetti istituzionali, dei perimetri delle aziende, di ciò che esse debbano «contenere» e quello, speculare, di quale sia il migliore contenitore per certe attività è particolarmente complesso nel caso dei sistemi pubblici. In tali sistemi, infatti, nel decidere sui confini – su ciò che debba stare insieme a qualcosa'altro, come e su quale scala – alle valutazioni di ordine tipicamente gestionale si aggiungono, quando non si sostituiscono, valutazioni che attengono alla dimensione politico-rappresentativa e a quella dei valori che nelle scelte di configurazione del sistema troverebbero rappresentazione. Al di là delle ragioni che spingono a riunire in un'unica azienda attività diverse, la ricerca delle sinergie, dei contributi che ciascuna attività apporta integrandosi con le altre al funzionamento comune dovrebbe essere una preoccupazione costante di chi ha posizioni di responsabilità nella conduzione delle aziende.

In realtà se si guarda alle relazioni tra DP e aziende sanitarie di appartenenza

sembrano siano prevalse, fino a tempi relativamente recenti, ragioni e logiche di separazione e autonomia, rispetto a quelle di integrazione. Come insegna la consolidata letteratura sulle amministrazioni pubbliche, l'esercizio di funzioni e attività a valenza autoritativa, insieme a una rilevante predeterminazione su base normativa e tecnica delle sequenze operative che realizzano le finalità, sorreggono la richiesta di una ampia autonomia, così da impedire indebite interferenze, anche solo in termini di possibile orientamento dei comportamenti. Normative nazionali e regionali hanno, quindi, costantemente richiamato e garantito l'autonomia del Dipartimento, non solo definendo i criteri da utilizzare nella progettazione organizzativa sull'area della prevenzione, ma spesso, anche, disegnandone gli organigrammi di dettaglio. La stessa ambiguità, almeno in termini di concreta applicabilità, previsione sulla riserva di risorse (5%) da garantire alla prevenzione (o al DP in molte interpretazioni) rafforza l'idea di una separazione dal resto del funzionamento aziendale, rispetto alle cui esigenze il Dipartimento deve essere in qualche modo «difeso». All'interno del Dipartimento, poi, vengono spesso replicate le medesime logiche, attraverso un assetto organizzativo che riflette e amplifica i diversi saperi e le competenze professionali e specialistiche su cui si basa l'attività (medici e veterinari e, al loro interno, le differenti specializzazioni), producendo ulteriore complessità e fabbisogno di integrazione.

Dai casi e dalle interviste emerge come rispetto alla situazione appena tratteggiata sia avvertibile un sensibile cambiamento di «atmosfera» a partire dalle attese crescenti che le aziende sembrano mostrare nei confronti del Dipartimento. Una delle ragioni può essere ricercata nella sempre maggiore attenzione che il sistema e le aziende sembrano prestare al tema della prevenzione e della promozione della salute. Anni di crisi e una domanda crescente hanno reso evidente come la sostenibilità del SSN non possa essere affidata ai soli processi di efficientamento: senza un atteggiamento anticipatorio e proattivo del sistema, da una parte, e una assunzione di responsabilità da parte dei cittadini, dall'altra, difficilmente il sistema riuscirà a trovare un equilibrio soddisfacente. Se i contenuti che hanno da sempre caratterizzato l'approccio *Public Health* vengono progressivamente considerati come elementi indispensabili nella strategia delle aziende e incorporati in termini sempre più stringenti negli obiettivi che le regioni assegnano alle proprie aziende, è comprensibile che le direzioni generali guardino con rinnovata attenzione a quella parte di azienda che si propone, anche nel nome, come il protagonista principale, se non unico, nella nuova sfida.

Da parte loro, anche i Dipartimenti hanno sperimentato una serie di cambiamenti che possono aver promosso e facilitato la ricerca di una migliore interlocuzione con le aziende. Innanzitutto bisogna considerare come la prospettiva di nuovi ruoli e la percezione di nuove opportunità siano di per sé uno stimolo che molti attori negli attuali DP sembrano avere raccolto. Vi è anche un cambiamento lento, ma profondo, che sta modificando la tradizionale «formula autoritativa» che ha per molto tempo caratterizzato il funzionamento di una larga

parte dei DP. Si tratta del venir meno del semplice esercizio di un ruolo sovraordinato a carattere prevalentemente prescrittivo e/o ispettivo. Dall'igiene degli alimenti, alla sicurezza del lavoro, fino alle vaccinazioni, nei settori coperti dai DP i nuovi approcci disegnano modalità di intervento in cui l'interazione con i destinatari è sempre meno affidata all'esercizio di poteri sovraordinati (formula autoritativa) e divengono decisivi il dialogo, la capacità di influenzare i comportamenti, l'erogazione di servizi in grado di rispondere a bisogni e domanda. Da questo punto di vista, non solo le modalità e le logiche di funzionamento del Dipartimento si avvicinano a quelle di altre parti dell'azienda facilitando la collaborazione, ma gli stessi risultati che i DP sono chiamati a realizzare diventano sempre più incompatibili con una configurazione a «canne d'organo» per la quale ogni settore e sottosectore di attività è, o si ritiene, sostanzialmente autosufficiente. Insieme all'apertura di spazi in termini di cultura e orientamenti, si fa quindi più pressante la necessità di assicurare maggiore integrazione, anche nell'operatività, sia all'interno del Dipartimento, sia tra questo e il resto dell'azienda.

Della crescita delle attese rispetto al ruolo del DP, della modificazione degli atteggiamenti e delle percezioni, del tentativo di mettere in atto forme e meccanismi di integrazione si trova traccia nelle esperienze e nelle interviste. Sicuramente l'intensità dei fenomeni segnalati dipende molto dai contesti regionali, dalle culture e dai gradi di maturità dei processi aziendali che essi esprimono ma, anche rispetto alle esperienze più avanzate, è difficile sfuggire all'impressione che il processo sia nelle sue fasi iniziali, nelle quali attese, piani e programmi superano di gran lunga le effettive realizzazioni. Se al DP viene chiesto di essere l'attore principale di un riorientamento delle politiche e di tutto il funzionamento delle aziende sanitarie pubbliche in direzione della prevenzione e della promozione della salute, è evidente che l'esercizio di tale ruolo, che implica una capacità di interlocuzione e influenza rispetto all'insieme dell'azienda, non può essere ridotto a specifiche e delimitate aree di interrelazione come screening, vaccinazioni o controllo delle malattie infettive. Il rischio che si intravede è che possa essere replicata una esperienza già vissuta dove a promesse e attese è seguito, come ben espresso da uno degli intervistati, un lungo periodo di stasi. La concreta evoluzione dipenderà da molti fattori, ma tre questioni più di altre potranno condizionare l'esito.

La prima riguarda le basi disciplinari, le competenze e la cultura che caratterizzano il dipartimento. Solide competenze disciplinari legate alla sanità pubblica come parte del sapere medico non sono, infatti, sufficienti per affrontare temi dove la razionalità tecnica, assicurata dal sapere medico, deve trovare adeguata realizzazione nelle capacità di interazione con l'ambiente e di persuasione nei confronti dei destinatari finali, piuttosto che essere imposta. Da questo punto di vista conoscenze e competenze di marketing e comunicazione, così come di *project management*, potrebbero risultare altrettanto decisive nell'assi-

curare una azione efficace. Per potersi pienamente inserire nelle dinamiche aziendali occorre, inoltre, come alcuni degli intervistati hanno sottolineato, superare definitivamente le ultime tracce di una cultura burocratica che ha trovato alimento nelle funzioni più tradizionali del Dipartimento e nei poteri sovraordinati ad esso riservati¹⁷. Si tratta, in sintesi, di coniugare nella pratica le basi tradizionali di *Public Health* con il quelle più generali di *public management*, perché conoscenze e competenze tecniche non sono più sufficienti e le soluzioni più razionali devono riuscire a conquistarsi il loro spazio nell'ambiente interno (aziende) ed esterno.

Una seconda questione attiene alla forma organizzativa «dipartimento» e alle sue specificità. La scelta di aggregare tendenzialmente in un unico contenitore¹⁸, dalla identità storicamente e normativamente molto marcata, tutte le competenze e attività relative alla sanità pubblica potrebbe e dovrebbe essere riconsiderata. Sorprende, infatti, come a fronte di una certa fluidità e dinamicità delle forme organizzative assunte dal resto delle attività e funzioni svolte dalle aziende sanitarie, quelle del DP, dagli assetti macro a quelli più micro, siano rimaste sostanzialmente immutate. Sul piano della diagnosi si potrebbe argomentare che più che di assetti organizzativi, articolazione e strutturazione dei mezzi, si tratti di assetti istituzionali, articolazione e strutturazione dei fini. Tuttavia, il punto rilevante è che, da una parte, confini troppo marcati come quelli dei dipartimenti – e dei DP in particolare – potrebbero essere un ostacolo strutturale insormontabile alle forme di integrazione e contaminazione richieste dalle nuove prospettive e, dall'altra, il contenitore dipartimento potrebbe trovarsi a gestire attività e funzioni troppo eterogenee (quelle tradizionali e quelle innovative) per giovare di una comune appartenenza organizzativa.

Da ultimo, e in parte collegata al punto precedente, vi è la questione di come la tendenza all'aumento delle dimensioni aziendali (si veda il Capitolo 3 del presente Rapporto) possa impattare sull'evoluzione dei DP. Ad assetti organizzativi invariati, la crescita dei perimetri istituzionali attraverso la fusione delle aziende potrebbe condurre a forme di «autonomizzazione» più intense, anche in relazione alla ricerca di economie di scala, spesso esplicitamente richiamata come ragione per le fusioni stesse. Basi operative molto più ampie, infatti, offrono maggiori opportunità di specializzazione e spingono a ricercare i vantaggi all'interno delle nuove partizioni organizzative, piuttosto che nel collegamento e l'interazione con le altre strutture organizzative dell'azienda. Di tale tendenza, ne dà

¹⁷ Il fatto che professionisti del DP in qualità di pubblici ufficiali siano in grado di irrogare sanzioni all'azienda dalla quale dipendono e al suo Direttore Generale rappresenta in maniera evidente le difficoltà insite nella costruzione di condizioni atte ad assicurare la convivenza di una cultura aziendale orientata ai risultati con una necessaria focalizzazione agli adempimenti che l'esercizio di poteri sovraordinati comporta.

¹⁸ In realtà in alcune regioni i contenitori sono due, per lo scorporo della veterinaria, ma il senso del ragionamento non cambia, rimanendo entrambi luoghi organizzativi «esclusivi» di aggregazione.

una rappresentazione evidente il recentissimo riassetto lombardo (vedi Cap. 7) che ha collocato il Dipartimento di Prevenzione Medica (DPM) nelle aziende provinciali (ATS) con funzione prevalente di programmazione, acquisto e controllo nei confronti delle ASST (subprovinciali), staccando così, anche istituzionalmente le attività dei DPM dai servizi a domanda individuale. I riassetto potrebbero, quindi, rafforzare e dare nuova linfa a tendenze «isolazionistiche» dei DP, pur in un quadro di maggiore attenzione da parte dell'intero sistema aziendale. Gli stessi riassetto, però, sono un'occasione di ripensamento sulle funzioni e i ruoli. Potrebbero essere, quindi, usati per trovare nuove motivazioni e nuove modalità affinché, ad esempio e usando il punto di vista di uno degli intervistati, si realizzi «una epidemiologia che si avvicini alla clinica e avvii miglioramenti nei processi operativi, sanitari e assistenziali».

L'appartenenza e il ruolo dei dipartimenti di prevenzione nelle aziende sanitarie è stata data finora per scontata, con una retorica fortemente orientata al valore della prevenzione, che ha però trovato scarsa rispondenza nella pratica. In particolare, appare difficile sostenere che nell'esperienza del nostro SSN il DP abbia rappresentato un pieno successo. Tale giudizio si riferisce non tanto alla capacità di erogare servizi e prestazioni specifiche, spesso previste dalla normativa, quanto alla capacità di influenzare in maniera significativa le politiche aziendali e porre in essere efficaci e generalizzati interventi di prevenzione e promozione della salute. Così le aziende sono rimaste spesso prevalentemente focalizzate sui servizi a domanda individuale e appare debole «la trasversalità degli interventi tra i diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative», riaffermata nel Piano della Prevenzione 2014-2018, recentemente approvato. L'epidemiologia e l'economia non consentono più alle aziende e al sistema di trascurare le opportunità che vengono dalla prevenzione, ma il tema è come ciò possa avvenire, come un patrimonio di competenze già presenti possa essere pienamente utilizzato, quali assetti organizzativi offrano le migliori condizioni perché ciò si realizzi. Sulla necessità di ripensare le relazioni tra DP e aziende non sembrano esservi dubbi in tutti gli attori coinvolti, ma sulle risposte non sembra essere ancora emerso un quadro sufficientemente definito.

Bibliografia

- Bassi M., Calamo-Specchia F., Faggiano F., Nicelli A.L., Ricciardi W., Signorelli C., Siliquini R., e Valsecchi M., Rapporto prevenzione 2015, Franco Angeli.
- Borgonovi E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni Pubbliche*, Milano, Egea.
- Calamo-Specchia F. (2015), *Manuale critico di sanità pubblica*, (a cura di), Maggiori Editore.

Rebora, G. e Meneguzzo M. (1990), *Strategia delle Amministrazioni Pubbliche*, Torino, UTET.

WHO (2011), «Strengthening Public Health Capacities and Services in Europe: A Framework for Action First meeting of the European Health Policy», *Forum for High-Level Government Officials*, Andorra la Vella, Andorra 25 February 9–11 March 2011

WHO Europe (2008), *The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth*, Tallin, Estonia 27-28 June 2008.